

Praxis und Institutionalisierung von Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz. Beobachtungen aus sozioethischer Perspektive

Markus Zimmermann

Um Praxis und Institutionalisierung von Lebensende-Entscheidungen in einem nationalstaatlichen Kontext wie der Schweiz einigermaßen übersichtlich und korrekt darstellen zu können, sind repräsentative, multidisziplinär erarbeitete und zur Darstellung von Entwicklungen brauchbare Forschungsergebnisse eine notwendige Basis. Entsprechende Grundlagen sind bislang jedoch kaum vorhanden. Allein die Fülle von Entscheidungen am Lebensende von Patientinnen und Patienten, ob diese nun von den Betroffenen selbst, von Mitgliedern der Behandlungsteams, von Angehörigen, Freunden oder Bekannten getroffen werden, ist eine komplexe und unübersichtliche Praxis, die bislang nur bedingt erforscht wurde und über die entsprechend wenig bekannt ist. Noch komplexer gestalten sich die mit diesen Praktiken verbundenen Institutionalisierungsprozesse, die – begleitet von politischen, ethischen und rechtlichen Debatten – in den letzten Jahren auch in der Schweiz erkennbar an Bedeutung zugenommen haben; allerdings liegen auch dazu bislang nur wenige Forschungsergebnisse vor.

Wenn im Folgenden trotzdem der Versuch unternommen wird, diese komplexe Thematik in einer Art *Tour d’horizon* zu erörtern, dann in dem Bewusstsein, dass dabei lediglich einige wenige Facetten aus subjektiver Sicht beleuchtet werden können. Nicht nur die Forschungsbasis ist schmal, sondern auch die begleitenden gesellschaftlichen Debatten verlaufen komplex, auf unterschiedlichen Ebenen und in verschiedenen Sprachen. Gegenwärtige Vorgänge der Institutionalisierung des Sterbens, angefangen bei der Entstehung von Einrichtungen zur Palliative Care über die Gründung von Sterbehilfeorganisationen, neuen Angeboten im Bereich der Sterbegleitung oder der Schaffung von Strukturen im Bereich des „Advanced Care Planning“, lassen sich nur bedingt überblicken und verändern sich gegenwärtig rasch. Die Schweiz ist schließlich ein nationalstaatlicher Kontext, der sich zwar einerseits aufgrund seiner maßgeblich protestantischen, liberalen, föderalistischen und volksdemokratischen Traditionen von Nachbarländern wie Italien, Frankreich, Deutschland und Österreich unterscheidet, der andererseits aber in sich selbst äußerst heterogen struk-

turiert und kulturell geprägt ist, wie das sprichwörtlich bekannte Diktum, in der Schweiz sei alles „von Kanton zu Kanton verschieden“, einschlägig bekundet.

Im Rahmen dieses Beitrags werden erstens grundlegende begriffliche Unterscheidungen und die Praxis von Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz erläutert, im zweiten Teil die gegenwärtige Sterbepraxis in der Schweiz anhand einiger Schlaglichter konturiert, indem auf Institutionen, Regelungen, gesellschaftliche Diskurse und kulturelle Hintergründe eingegangen wird. Andeutungen zu einigen gegenwärtig besonders umstrittenen Themen erfolgen im dritten Teil, bevor die Überlegungen mit einem kurzen Ausblick auf zukünftig voraussichtlich anstehende Themen abgeschlossen werden.

Die Übersicht ist einerseits von meiner disziplinären Sichtweise als katholischer Theologe und Ethiker geprägt, andererseits von meinen teilweise langjährigen Mitgliedschaften bei Kommissionen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) und der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms „Lebensende“ (NFP 67). In der Darstellung stütze ich mich auf unterschiedliche Quellen, angefangen bei amtlichen Mitteilungen und politischen Berichten, darüber hinaus auf Stellungnahmen von Kommissionen, Publikationen der „Nationale(n) Strategie Palliative Care 2010–2015“, diverse Forschungsergebnisse, Richtlinien, gesetzliche Regelungen sowie Informationen von den Websites einschlägiger Schweizer Organisationen, die sich mit dem Lebensende befassen.

1 Begriffe und empirische Studien zu Lebensende-Entscheidungen

Entscheidungen am Lebensende lassen sich begrifflich am einfachsten anhand der Systematik eingrenzen, die den landesweiten Umfragen in den Niederlanden, Belgien und 2003 im Rahmen der EURELD-Studie¹ auch in vier weiteren europäischen Ländern zugrunde gelegt wurde bzw. nach wie vor zugrunde gelegt wird. In der erwähnten EURELD-Studie, in welcher medizinische Lebensende-Entscheidungen in den Niederlanden, Bel-

1 Vgl. van der Heide/Deliens/Faisst et al., End-of-life decision-making in six European countries. Das Akronym EURELD steht für „European End of Life-Decisions“.

gien, Italien, Dänemark, Schweden und der Schweiz miteinander verglichen wurden, werden grundsätzlich drei Praktiken unterschieden:

1. Das *ärztlich assistierte Sterben*,
2. das *Lindern von Schmerzen und Symptomen mit lebensverkürzender Wirkung*,
3. das *Beenden einer bzw. der Verzicht auf eine lebenserhaltende Maßnahme*.

In den niederländischen und belgischen Umfragen der letzten Jahre wurden mit

1. der *anhaltenden tiefen Sedierung* und
2. der Praxis, dass eine *Patientin oder ein Patient von sich aus entscheidet, das Essen und Trinken einzustellen*,

zwei weitere Lebensende-Entscheidungen in die systematische Erfassung aufgenommen, da diese mutmaßlich quantitativ von zunehmender Bedeutung sind.

Unter „ärztlich assistiertem Sterben“ werden drei unterschiedliche Entscheidungspraktiken eingeordnet, nämlich (a) die Euthanasie, (b) der ärztlich assistierte Suizid und (c) die Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen durch einen Patienten bzw. eine Patientin. Unter „Euthanasie“ wird in Entsprechung zur niederländischen, belgischen und inzwischen auch luxemburgischen Gesetzgebung ausschließlich eine „ärztliche Tötung auf Verlangen“ verstanden. Eine ärztliche Tötung, die *nicht* auf ausdrückliches Verlangen erfolgt, wird dagegen eigens erfasst, sie ist im Unterschied zur erstgenannten Form der ärztlichen Tötung in den Benelux-Ländern auch strafrechtlich verboten. Es fällt zudem auf, dass in dieser Systematik stets ein *ärztliches* Handeln vorausgesetzt wird; auch hierfür ist entscheidend, dass in den Benelux-Ländern ausschließlich eine *ärztliche* Tötung auf Verlangen bzw. ein *ärztlich* assistierter Suizid unter Einhaltung gewisser Umstände straffrei geregelt sind. Bereits diese wenigen Hinweise deuten darauf hin, dass Begriffsdefinitionen nie vollständig neutral oder rein deskriptiv sind (und vermutlich auch nicht sein können), sondern dass im Zusammenhang mit Definitionen stets mit rechtlichen, ethischen, kulturellen und hier auch medizinischen Konnotationen zu rechnen ist, die im besten Fall transparent gemacht und zur Sprache gebracht werden.

Ein eindeutiger Vorteil der Anwendung dieser Begriffssystematik besteht darin, dass sich die Ergebnisse verschiedener Länderstudien über

einen längeren Zeitraum hinweg miteinander vergleichen lassen. Die Schweiz hatte an der EURELD-Studie teilgenommen, wobei damals ausschließlich die Untersuchung von Todesfällen aus der Deutschschweiz einbezogen wurden. Gegenwärtig wird im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 „Lebensende“ (NFP 67²) eine ähnliche Studie unter Einbezug aller Landesteile der Schweiz wiederholt, deren Ergebnisse noch nicht vorliegen, voraussichtlich aber gesellschaftspolitisch relevante Aussagen über Entwicklungen der Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz während der letzten fünfzehn Jahre ermöglichen werden.³

Mit Blick auf die im Jahr 2001 erhobenen Daten fällt auf, dass in der Schweiz in gut der Hälfte (51 Prozent) aller untersuchten 3'555 Todesfälle eine medizinische Lebensende-Entscheidung getroffen wurde, während in einem weiteren Drittel dieser Fälle (32 Prozent) der Tod plötzlich und unerwartet eingetreten war. Im Vergleich dazu wurden in Italien lediglich in knapp einem Viertel (23 Prozent) der untersuchten 2'604 Todesfälle eine Lebensende-Entscheidung getroffen, während die Anzahl der plötzlich eingetretenen Todesfälle dort mit 29 Prozent etwas niedriger lag als in der Schweiz; die Angaben zu den anderen vier Ländern lagen zwischen denjenigen von Italien und der Schweiz. Nicht überraschend war, dass der Anteil von Suizidhilfe-Fällen in der Schweiz mit 0.36 Prozent im Vergleich der sechs Länderpraktiken am höchsten lag, dass jedoch die quantitativ gesehen mit großem Abstand wichtigsten Entscheidungen in der Schweiz Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht (in 28 Prozent aller Fälle, in Italien überraschender Weise in lediglich 4 Prozent der untersuchten Todesfälle) sowie Schmerz- und Symptombehandlungen mit möglicherweise lebensverkürzender Wirkung (in 22 Prozent der Fälle, in Italien immerhin in 19 Prozent der untersuchten Todesfälle) waren. Während Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz im Vergleich zur Praxis in anderen europäischen Ländern sehr häufig getroffen wurden, was unter anderem an der großzügigen (teilweise auch Über-)Versorgung bei gleichzeitig fehlenden Maßnahmen zur expliziten Mittelbegrenzung gelegen ha-

2 Einschlägige Informationen zum Forschungsprogramm und den insgesamt 33 Einzelprojekten sind im Internet unter www.nfp67.ch [26.10.2015] zu finden.

3 Leiter dieser Studie ist der inzwischen emeritierte Ordinarius für Sozial- und Präventivmedizin Felix Gutzwiller von der Universität Zürich.

ben mag⁴, haben gesellschaftlich umstritten diskutierte Entscheidungs-Praktiken wie die Euthanasie (in 0.3 Prozent der Fälle), die Suizidhilfe (in 0.36 Prozent) oder auch die Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen durch einen Patienten bzw. eine Patientin (in 0.4 der untersuchten Todesfälle) quantitativ eine stark untergeordnete Rolle gespielt.

Ein Vergleich dieser Befunde mit den kürzlich aus dem belgischen Flandern veröffentlichten Zahlen⁵ zeigt unter anderem, dass im flämischsprachigen Teil Belgiens

- erstens die Praxis der anhaltenden tiefen Sedierung bis zum Tod quantitativ eine enorm große Rolle spielt (2013 waren 12 Prozent der untersuchten Todesfälle davon betroffen, 2007 sogar 14.5 Prozent), dass
- zweitens die beiden Praktiken der Symptom- und Schmerzbehandlung mit lebensverkürzender Wirkung (2013 betrafen dies 24.2 Prozent der untersuchten Todesfälle) und Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht (2013 waren 17.2 Prozent betroffen) quantitativ die wichtigsten Entscheidungen bleiben, dass
- drittens die ärztliche Suizidhilfe quasi keine Rolle spielt (sie wurde 2013 in lediglich 0.05 Prozent der untersuchten Fälle angewendet), wenn als legale Alternative die Euthanasie zur Verfügung steht, und dass
- viertens die Euthanasie (also die ärztliche Tötung auf Verlangen) im Jahr 2013 nahezu jeden zwanzigsten Todesfall betraf (4.6 Prozent), was eine signifikante Zunahme gegenüber den Werten vergangener Jahre bedeutet; im Jahr 2007 waren lediglich 1.9 Prozent der untersuchten Sterbefälle Euthanasie-Entscheidungen vorangegangen.

Mit Blick auf die flämischen Entwicklungen ist aus Schweizer Sicht gegenwärtig besonders von Interesse, welche Rolle Entscheidungen zur kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod in der Schweiz heute de facto spielen und wie diese relativ neu ins Bewusstsein der Lebensende-Forschung geratene Praxis zu verstehen ist.⁶ Daneben besteht eine weitere Frage darin,

4 Vgl. dazu bestätigend die Ergebnisse der in vier europäischen Ländern vergleichend durchgeführten „Values at the Bedside-Study“: Hurst/Slowther/Forde et al., Prevalence and Determinants.

5 Vgl. Chambaere/Vander Stichele/Mortier et al., Recent Trends.

6 Vgl. Sterckx/Raus/Mortier (Hg.), Continuous Sedation at the End of Life; Rietjens/Voorhees/van der Heide et al., Approaches to suffering at the end of life; Taboada (Hg.), Sedation at the End-of-Life.

ob sich der Anteil der ärztlichen Suizidhilfe in der Schweiz ähnlich deutlich entwickelt hat wie der Anteil der Euthanasie in Flandern. Während Angaben zur Praxis der terminalen Sedierung in der Schweiz bislang fehlen, liegen zur Schweizer Entwicklung der Suizidhilfe einige Angaben vor. Gemäß dieser teilweise unsicheren Angaben hat die Anzahl der Suizidhilfe-Fälle in den letzten Jahren offenbar stark zugenommen, wenngleich nicht in derselben Größenordnung wie Euthanasie-Entscheidungen in Flandern.

Die aktuellste offizielle Statistik berichtet von einer Zunahme von Suizidhilfe-Entscheidungen von knapp 50 offiziell gemeldeten Fällen im Jahr 1998 auf gut 300 im Jahr 2009.⁷ Gemäß Angaben der Jahresberichte der beiden mitgliederreichsten Schweizer Sterbehilfeorganisationen lag die Anzahl assistierter Suizide bei der Organisation „Exit Deutsche Schweiz“ im Jahr 2014 bei 583 Fällen, bei der Organisation „Dignitas“ im Jahr 2012 (neuere Zahlen sind nicht publiziert) bei 256 Fällen.⁸ Zu diesen heute schätzungsweise knapp 900 Fällen pro Jahr sind diejenigen der kleineren Sterbehilfe-Organisationen sowie Fälle von Suizidhilfe, die ohne Beteiligung einer Organisation durchgeführt wurden, hinzuzurechnen. Demnach kann mit einiger Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Anzahl assistierter Suizide pro Jahr in der Schweiz inzwischen die Zahl von 1'000 Fällen überschritten hat, wobei noch weitgehend unklar ist, wie hoch der Anteil von aus dem Ausland angereisten Betroffenen zu veranschlagen ist. Die Ergebnisse einer Studie, in welcher 611 Fälle von „Suizidtourismus“ untersucht wurden, die sich zwischen 2008 und 2012 ereignet hatten, bestätigt, dass auch der Suizidtourismus in den letzten Jahren markant zugenommen hat und dass unter den Betroffenen mehr Frauen als Männer anzutreffen waren, welche sich zu einem guten Teil nicht in einer terminalen Phase befunden haben.⁹ Die vier zahlenmäßig wichtigsten Herkunftsländer der Sterbewilligen waren Deutschland, Großbritannien, Frankreich und Italien, wobei im untersuchten Zeitraum auch Sterbewilli-

7 Vgl. Bundesamt für Statistik, Todesursachenstatistik 2009.

8 Entsprechende Angaben sind auf den offiziellen Websites der genannten Organisationen zu finden: www.exit.ch; www.dignitas.ch [26.10.2015].

9 Vgl. Gauthier/Mausbach/Reisch et al., Suicide tourism. Die Tatsache, dass zunehmend Suizidwillige außerhalb ihrer Sterbephase betroffen sind, zeigt sich auch für die Sterbewilligen aus der Schweiz, vgl. dazu die Angaben in Fischer/Huber/Imhof et al., Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations; vgl. auch Fischer/Huber/Fürter et al., Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide.

ge aus vielen anderen Ländern in die Schweiz eingereist waren. Zwischen 2008 und 2012 hat sich beispielsweise die Anzahl der Suizidwilligen, die aus Italien angereist sind, von zwei auf 22 jährlich erhöht. Quasi alle untersuchten Suizidhilfen wurden durch die Organisation Dignitas in Zürich durchgeführt, Angaben von den kleineren Organisationen liegen meines Wissens nicht vor.

2 Kontext Schweiz

2.1 Institutionen, in welchen Lebensende-Entscheidungen getroffen werden

Gestorben wird in der Schweiz mehrheitlich in Institutionen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen. Nur eine Minderheit der ca. 60'000 Menschen, die jährlich in der Schweiz sterben (und deren Leben nicht plötzlich und unerwartet endet), verbringen die letzte Lebensphase zu Hause. Exakte statistische Angaben über die Sterbeorte liegen meines Wissens nicht vor, durch das Bundesamt für Statistik wird diese Information nicht systematisch erfasst.

In der Schweiz gibt es fünf Universitätskliniken, daneben bestehen knapp 300 größere, mittlere und kleine Krankenhäuser, wobei die meisten von diesen zu den kleinen Einrichtungen zählen. Die Krankenhäuser werden größtenteils staatlich (kantonal oder auf Gemeindeebene) getragen, daneben gibt es eine Reihe teilweise mittlerer bis großer Privatkliniken, Spitäler in kirchlicher Trägerschaft sind jedoch – im Unterschied zu Österreich und Deutschland – nahezu unbekannt.

Einrichtungen der Palliative Care sind in den letzten Jahren, unter anderem unterstützt durch die 2010 auf eidgenössischer Ebene initiierte, von den 26 kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mitverantwortete „Nationale Strategie Palliative Care“, in der Schweiz gegenwärtig erst am Entstehen.¹⁰ International wird die Schweiz mit Ländern verglichen, in welchen die Palliative Care im Aufbau begriffen ist¹¹, jedoch we-

10 Vgl. Bundesamt für Gesundheit/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (Hg.), Nationale Leitlinien Palliative Care.

11 Vgl. dazu beispielsweise die Ergebnisse im Länderbericht „Switzerland“ in: Centeno/Lynch/Donea et al., EAPC. Atlas of Palliative Care, 306–315. Einen guten

sentliche Elemente noch fehlen bzw. noch im Auf- oder Ausbau sind, namentlich die Sensibilisierung der Bevölkerung für die Bedeutung des Themas, ein ausreichendes Angebot im Bereich der spezialisierten Palliative Care, Angebote für Patientengruppen außerhalb der Onkologie, Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der allgemeinen Palliative Care, eine angemessene Zahl mobiler Palliative Care-Teams, die Etablierung der Palliative Care-Forschung oder auch die Klärung der Finanzierung von Palliative Care im Rahmen des Swiss-DRG bzw. Fallpauschalen-Abrechnungssystem.¹² Jüngste Untersuchungen zur Entwicklung von Einrichtungen der Palliative Care in Belgien und den Niederlanden zeigen, dass deren Etablierung durch die Euthanasie-Praxis eher beschleunigt als in Frage gestellt wird.¹³ Beide Praktiken schließen einander nicht aus, sie ersetzen einander auch nicht. Vielmehr liegt die Deutung nahe, dass beide Praktiken auf dieselben Bedürfnisse, Herausforderungen und Nöte antworten, dass sie neben allen Unterschieden – insbesondere hinsichtlich Einbezug oder Ablehnung der direkten ärztlichen Tötung sowie der Beachtung des persönlichen Umfelds eines Sterbenden inklusive der Trauerphase der Angehörigen – eine ganze Reihe Ideale miteinander teilen, namentlich die Schmerzbekämpfung, die Relativierung der Lebensdauer gegenüber einer möglichst hohen Lebensqualität bis zuletzt, die Kontrolle des Geschehens und nicht zuletzt auch die Wertschätzung der Selbstbestimmung der Sterbenden.¹⁴

Der gegenwärtige Versorgungsgrad im Bereich der Palliative Care variiert stark nach Regionen, Einrichtungen, Krankheits- und Altersgruppen. So gibt es in der ländlich geprägten Innerschweiz Gebiete, in welchen Einrichtungen weitgehend fehlen, oder im städtisch geprägten Kanton Zürich das Problem, dass keine politische Instanz bereit ist, eine ambulante Pal-

Überblick über den Stand der Arbeiten bietet: Bundesamt für Gesundheit/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren/palliative.ch, Rahmenkonzept. Alle einschlägigen öffentlichen Dokumente zum Thema können auf folgender Website heruntergeladen werden: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de> [26.10.2015].

12 SwissDRG steht für „Swiss Diagnosis-Related-Groups“ und meint auf deutsch bestimmte Diagnosegruppen im 2012 in der Schweiz neu eingeführten Krankenhaus-Abrechnungssystem, nähere Informationen sind auf www.swissdrg.org [26.10.2015] zu finden.

13 Vgl. Chambaere/Bernheim, Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care?

14 Vgl. Hurst/Mauron, The Ethics of Palliative Care and Euthanasia.

liative Care zu finanzieren; dagegen verfügen andere Kantone wie namentlich die Waadt oder St. Gallen bereits über ein breit gefächertes Palliative Care-Versorgungsnetz und entsprechende Erfahrungen. Sterbehospize im engeren Sinne bestehen nur vereinzelt, eigentliche Palliativstationen an Krankenhäusern befinden sich gegenwärtig in vielen Häusern im Aufbau. Zur Zeit besteht ein einziger Lehrstuhl für Palliative Care an der medizinischen Fakultät der Universität Lausanne, drei weitere medizinische Lehrstühle in Bern, Genf und ein weiterer in Lausanne sind in Planung, ein durch die Kirchen finanzierter Teilzeit-Lehrstuhl für Spiritual Care wurde kürzlich an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich errichtet.

Eine eigentliche Hospizbewegung, vergleichbar etwa mit dem deutschen Hospiz- und Palliativverband mit seinem landesweit verzweigten Netz an Einrichtungen, Diensten und Freiwilligenverbänden, besteht in der Schweiz bis heute nicht. Es gibt dagegen einige Regionalgruppen, die in ihrer Bezeichnung den Hospizbegriff aufgenommen haben. Darüber hinaus existiert ein multidisziplinär zusammengesetzter Fachverband, der 1988 unter dem Namen „palliative ch“ gegründet wurde und heute ca. 2'000 Mitglieder zählt, daneben eine Vielzahl kleiner regionaler Gruppen, die heterogen und lokal organisiert sind, unterschiedliche Namen tragen, sich aber ganz ähnlich wie die deutschen Hospiz-Engagierten als konfessionell neutral verstehen und sich freiwillig im Bereich der Begleitung Sterbender einsetzen. Eine entsprechende Initiative ging vor einigen Jahren von „Caritas Schweiz“ aus, welche neben vielen anderen Institutionen auch die Vorlage einer Patientenverfügung anbietet.¹⁵

Gegenwärtig sind fünf Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz aktiv, wobei diese nach Größe und Wichtigkeit stark differieren: „Exit Deutsche Schweiz“, „Exit A.D.M.D. Suisse Romande“, „Ex International“, „Dignitas“ und „LifeCircle“. Die nahezu gesamte nationale und internationale mediale Aufmerksamkeit konzentriert sich auf die Aktivitäten der beiden in Zürich tätigen Organisationen „Exit Deutsche Schweiz“ und „Dignitas“. Während die erstgenannte Organisation gemessen an der Mitgliederzahl mit Abstand die größte ist und Suizidhilfe ausschließlich für in der Schweiz domizilierte Personen anbietet, ist die zweitgenannte eher klein an Mitgliedern und konzentriert sich in ihrer Arbeit auf die Suizidhilfe für Sterbewillige, die aus dem Ausland anreisen. Die Zahl der Mitglieder von

15 Vgl. Caritas Schweiz, Begleitung in der letzten Lebensphase.

„Exit Deutsche Schweiz“ ist 2014 und 2015 sprunghaft angestiegen und hat inzwischen die Marke von 100'000 überschritten, was unter anderem mit der öffentlich im Schweizer Fernsehen angekündigten Suizidhilfe des äußerst beliebten und an Krebs im Endstadium erkrankten Schweizer Politikers This Jenny, aber auch mit den medialen Auftritten und Publikationen des beliebten Schweizer Theologen Hans Küng zusammenhängen dürfte, der seinen Beitritt bei „Exit Deutsche Schweiz“ 2014 öffentlich zum Thema gemacht hatte.¹⁶

2.2 Rechtliche und normative Rahmenbedingungen

Die Suizidhilfe ist lediglich mit einem Satz im schweizerischen Strafbuch geregelt, nämlich in Artikel 115. Demnach ist die „Beihilfe zum Selbstmord“ nur dann strafrechtlich verboten, wenn der Tat der helfenden Person selbstsüchtige Beweggründe zugrunde liegen. Unter allen Umständen strafrechtlich verboten ist hingegen gemäß Art. 114 StGB die Tötung auf Verlangen. Seit Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts bis heute lassen sich Bemühungen in Parlament, Regierung und bei Volksabstimmungen verfolgen, den Art. 115 StGB entweder abzuändern, zu ergänzen oder durch ein neues Gesetz zu präzisieren. Vorschläge und Anläufe gab es viele, jedoch konnte bislang kein Vorschlag politisch durchgesetzt werden, so dass die genannte Regelung seit der Schaffung des ersten Gesamtschweizer Strafgesetzbuchs 1942 bis heute quasi unverändert in Kraft ist (lediglich das angedrohte Strafmaß wurde bei einer Totalrevision des StGB kürzlich umformuliert) und bislang auch kein begleitendes Gesetz verabschiedet wurde.¹⁷ Der Schweizer Bundesrat hat sich zuletzt 2011 in einem Bericht ausführlich zum Thema zu Wort gemeldet und zugunsten der Erhaltung des gesetzlichen Status quo, gleichzeitig aber auch für die Stärkung der Palliative Care plädiert.¹⁸ Wesentlich waren überdies einschlägige Gerichtsurteile des Schweizer Bundesgerichts und des Straßburger Menschenrechtsgerichtshofs: Im Grundsatz haben bislang alle Bundesgerichts-Urteile die bestehende Regelung gestützt, in einem Urteil von Straßburg hingegen wurde die Schweiz kürzlich aufgefordert, sich um

16 Zur ethischen Kontroverse in der Schweiz vgl. beispielsweise Hurst/Mathwig, Suizidhilfe in der Schweiz.

17 Vgl. Venetz, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht.

18 Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Palliative Care.

eine klarere Regelung der Zugangsbedingungen zum tödlich wirkenden Natriumpentobarbital zu bemühen, um auf diesem Weg die heute bestehende Rechtsunsicherheit aus dem Weg zu räumen. Da die Klägerin jedoch während des Verfahrens verstarb, wurde das Urteil annulliert, bevor ein durch die Eidgenossenschaft in Straßburg eingelegter Rekurs geprüft werden konnte.¹⁹

Eine wichtige Veränderung im Bereich der rechtlichen Regelungen der Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz wurde 2013 durch die komplette Erneuerung des Erwachsenenschutzrechts, eines maßgeblichen Teils des Zivilgesetzbuchs, rechtskräftig. In diesem Gesetz werden erstmals auch die Institutionen der Patientenverfügung sowie des Vorsorgeauftrags in medizinischen Angelegenheiten auf eidgenössischer Ebene einheitlich und verbindlich geregelt. Auffällig war, dass der Einführung dieser beiden neuen Rechtsinstitute – und des gesamten Erwachsenenschutzrechts – quasi keine öffentlichen Debatten vorausgingen, dies im markanten Unterschied zu den heftigen Auseinandersetzungen rund um die Schaffung neuer Gesetze zur Regelung der Patientenverfügungen und Vertretungspersonen in Österreich und in Deutschland. Selbst in den beiden Kammern des Schweizer Parlaments, dem National- und dem Ständerat, führte diese neue Gesetzesregelung zu keinen nennenswerten Kontroversen, die Einführung am 1.1.2013 verlief entsprechend ruhig.

Im para- oder vorgesetzlichen Bereich des so genannten Soft-Law sind im Schweizerischen Kontext insbesondere die Medizinisch-ethischen Richtlinien der „Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften“ (SAMW) von Bedeutung, deren Anzahl in den letzten Jahren markant zugenommen hat.²⁰ Wesentlich sind hier zunächst die „Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“, die zuletzt 2004 in einer komplett überarbeiteten Fassung, anschließend 2013 aufgrund des neuen Erwachsenenschutzgesetzes in einer leicht überarbeiteten Ausgabe erschienen sind und gegenwärtig vollständig neu überarbeitet werden. Darüber hinaus sind aber auch die in den letzten Jahren neu verfassten oder komplett überarbeiteten Richtlinien zu „Intensivmedizinischen Massnahmen“, „Reanimationsentscheidungen“, „Palliative Care“, „Patientenverfügungen“ und andere mehr für Lebensende-Entscheidungen relevant.

19 Vgl. Hürlimann, Kommentar zum jüngsten Suizidhilfe-Entscheid.

20 Alle Richtlinien sind auf der Website der Akademie zu finden: www.samw.ch [26.10.2015].

Die Regelung der ärztlichen Suizidhilfe in den aktuell geltenden und in die ärztliche Standesordnung aufgenommenen „Medizinisch-ethischen Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ sieht im Wesentlichen vor, dass die Rolle des Arztes oder einer Ärztin darin besteht, Symptome und auch das Suizidwünschen womöglich zugrunde liegende Leiden zu lindern. Entscheidet sich ein Arzt bzw. eine Ärztin in einem Einzelfall dazu, Suizidhilfe zu leisten, trägt er oder sie insbesondere die Verantwortung für die Überprüfung dreier Voraussetzungen: Erstens das Lebensende des Sterbewilligen steht nahe bevor, es wurden zweitens alternative Möglichkeiten der Hilfestellung angeboten und, soweit gewünscht, auch eingesetzt, der Suizidwillige ist drittens urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlerrungen, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft.

Richtlinien werden von einer Subkommission der Zentralen Ethikkommission erarbeitet und durchlaufen vor ihrer definitiven Verabschiedung durch den Senat der Akademie eine öffentliche Vernehmlassung, an der sich alle Bürgerinnen und Bürger sowie Institutionen beteiligen können.

2.3 Gesellschaftspolitische Diskurse

Mit Blick auf die politischen Debatten der Suizidhilfe-Regelung in der Schweiz ist bemerkenswert, dass die vergangenen Justizminister bzw. -ministerinnen sowohl die Sachlage als auch den rechtlichen Handlungsbedarf – unabhängig von der Partei, welcher sie angehörten – unterschiedlich eingeschätzt haben. Umstrittene Aspekte der unterschiedlichen Regulierungsvorschläge betrafen die Beteiligung der Ärzteschaft, Rolle und Kontrolle der Sterbehilfe-Organisationen, die Formulierung von einschränkenden Kriterien beispielsweise bei psychisch Kranken bzw. Kindern und Jugendlichen, die Regelung des Zugangs zu tödlich wirkenden Mitteln wie dem Natriumpentobarbital und die gesellschaftspolitischen Auswirkungen (insbesondere der indirekte Anerkennungseffekt) einer offiziell geregelten Praxis. Die Möglichkeit, Suizidhilfe zu leisten, wird hingegen grundsätzlich nicht oder kaum in Frage gestellt: Sowohl im Parlament als auch in der Regierung, ob auf kommunaler, kantonaler oder Bundesebene wird die Möglichkeit und Straffreiheit der Suizidhilfe grundsätzlich bejaht. Zwei Volksabstimmungen im Kanton Zürich haben zudem gezeigt, dass auch in der Bevölkerung ein Konsens darüber besteht, dass die Suizidhilfe nicht zu verbieten sei. Eine der ganz wenigen Ausnahmen sind hier die Stel-

lungnahmen der Bioethik-Kommission der Schweizer Bischofskonferenz.²¹

Eine der beiden seit einigen Jahren auf eidgenössischer Ebene bestehenden Ethikkommissionen, nämlich die „Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin“ (NEK), hat sich in den vergangenen Jahren einige Male zu ethischen Fragen am Lebensende geäußert.²² Neben Transplantationsmedizin und Patientenverfügungen stand auch hier die Suizidhilfe im Zentrum der Aufmerksamkeit. Momentan erarbeitet die NEK eine Stellungnahme zum Thema „Kultur des Sterbens“, zu welchem sie 2014 und 2015 öffentliche Veranstaltungen durchgeführt hat, die auf großes öffentliches Echo gestoßen sind. Auch im Rahmen eines Dreiländertreffens mit den Ethikkommissionen aus Österreich und Deutschland 2015 in Bern war die „Kultur des Sterbens“ bereits Thema. Inhaltlich geht es darum, nicht nur einzelne Handlungen oder Praktiken zu untersuchen und zu bewerten, sondern darüber hinaus auch soziale Veränderungsprozesse im Bezug auf das Lebensende in den Blick zu nehmen und besser zu verstehen.

Seit Jahren stehen Aktivitäten im Bereich Palliative Care im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Der Bund hat kürzlich entschieden, die „Nationale Strategie Palliative Care 2010–2015“ ab 2016 in Form einer Plattform weiterzuführen, jedoch ohne diese neue Organisationsform klar zu charakterisieren.²³ Bestrebungen, allen Menschen Zugang zu qualitativ guten palliativen Angeboten zu sichern, sollen im Zentrum stehen. Da die Gesundheitspolitik in der politischen Hoheit der 26 Kantone liegt, ist es vor allem deren Aufgabe, die Institutionalisierung von Palliative Care voranzutreiben. Bislang geschieht in diesem Bereich noch viel aufgrund des Engagements einer relativ kleinen Gruppe engagierter Professioneller. Im Vergleich zu anderen Ländern ist auffällig, dass sich diese Professionellen nicht gegen die Suizidhilfe aussprechen. Gian-Domenica Borasio, der Inhaber des bislang einzigen Lehrstuhls für Palliative Care an der Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne, hat kürzlich beispielsweise zusammen mit deutschen Kollegen einen gesetzlichen Regelungsvorschlag für die Suizidhilfe in Deutschland veröffentlicht.²⁴

21 Vgl. Bioethik-Kommission der Schweizer Bischofskonferenz, Stellungnahme.

22 Vgl. <http://www.nek-cne.ch/de/themen/stellungnahmen/> [26.10.2015].

23 Vgl. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-57455.html> [26.10.2015].

24 Vgl. Borasio et al., Selbstbestimmung im Sterben.

Der Bundesrat hat im Jahr 2010 gesamthaft CHF 15 Mio. für die Durchführung eines fünfjährigen Nationalen Forschungsprogramms zum Thema „Lebensende“ (NFP 67) zur Verfügung gestellt. Im Rahmen dieses interdisziplinären Forschungsprogramms arbeiten seit einigen Jahren 33 Forschungsteams an Lebensende-Themen zu folgenden vier Schwerpunktbereichen: 1. Sterbeverläufe und Versorgung von Menschen am Lebensende, 2. Entscheidungen, Motive und Haltungen, 3. Regelungen und Handlungsvorschläge, 4. Kulturelle Leitbilder und gesellschaftliche Ideale.²⁵ Im Jahr 2016 werden thematische Dialogveranstaltungen durchgeführt, in welchen Forschende mit gesellschaftlichen Interessensvertretern zusammenkommen, um sich über mögliche gesellschaftliche Implikationen der Forschungsergebnisse zu verständigen. Beendet wird das Programm 2017 voraussichtlich mit unterschiedlichen Abschlussberichten, in welchen wesentliche Forschungsergebnisse im Überblick dargestellt werden. Bereits heute zeigt sich, dass sich die Lebensende-Forschung in der Schweiz – sicherlich nicht zufällig analog zum Stand der Palliative Care – erst im Aufbau befindet.

2.4 Kulturelle Hintergründe

Zuletzt sollen pars pro toto einige Aspekte der kulturellen Hintergründe angedeutet werden, die zum politischen Selbstverständnis der Schweizer Gesellschaft wesentlich beitragen und helfen können, Praxis und Institutionalisierung von Lebensende-Entscheidungen in der Schweiz besser zu verstehen. Aus den europäischen Sozialstaatsdebatten ist bekannt, dass die Eidgenossenschaft zu den so genannten protestantisch-liberal geprägten Wohlfahrtsstaaten Europas gerechnet wird.²⁶ Diese Zuordnung kommt heute beispielsweise noch darin zum Ausdruck, dass die individuelle Verantwortung hochgeschätzt wird, während sozialstaatliche Einrichtungen wie beispielsweise Sozialversicherungen in der Regel umstritten und maximal als zweitbeste Lösung hingenommen werden. So besteht eine geregelte Mutterschaftsversicherung erst seit wenigen Jahren, ein Elterngeld wie in Deutschland gibt es nicht, die Finanzierung von Kinderkrippen ist weitgehend Privatsache, die soziale Krankenversicherung wird über ein-

25 Vgl. www.nfp67.ch [26.10.2015].

26 Vgl. dazu grundlegend Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*; Lessenich, *Theorien des Sozialstaats*.

heitliche Kopfprämien und ohne Arbeitgeberanteil finanziert, auch eine Pflegeversicherung existiert bislang nicht. Neben der Gewichtung der Eigenverantwortung und einem starken Individualismus wird das staatliche Konstruktionsprinzip der Subsidiarität groß geschrieben, die Sozialhilfe ist beispielsweise auf kommunaler Ebene und damit äußerst unterschiedlich geregelt, steuerliche Belastungen sowie Krankenkassenprämien variieren stark nach Kanton und Region. Die Idee der Eigenverantwortung ist auch im Selbstverständnis der Bürgerinnen und Bürger verwurzelt, dagegen sind politische Teilhabe und Identifikation mit staatlichen Einrichtungen aufgrund der partizipativen Demokratie wesentlich und es besteht ein starker Regionalismus. So ist es wenig überraschend, dass jede Gesundheits-Institution für sich selbst regelt, ob sie beispielsweise die Suizidhilfe in ihren Räumen zulassen möchte oder nicht: Während die Universitätsspitäler Genf und Lausanne diese erlauben, wird sie in den Universitätsklinken von Bern, Basel und Zürich nicht zugelassen.

3 Gegenwärtige Herausforderungen

Ein schwieriges Feld bildet derzeit die konkrete Umsetzung des neuen Erwachsenenschutzrechts im klinischen Alltag. Eine Herausforderung besteht dabei unter anderem in der Realisierung der neu geregelten Zuständigkeiten bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende. Neu ist hier gemäß Art. 378 des Zivilgesetzbuchs (ZGB), dass nicht mehr der behandelnde Arzt in erster Linie zuständig ist, sondern die rechtlich zuständigen Vertreter und Vertreterinnen eines Sterbenden, jedenfalls dann, wenn dieser in Bezug auf eine zu treffende Entscheidung urteilsunfähig ist. In Art. 381 ZGB ist sodann geregelt, dass die Erwachsenenschutzbehörde eine Vertretungsbeistandschaft für den Fall errichtet, dass keine vertretungsberechtigte Person vorhanden ist oder keine der vorhandenen Personen das Vertretungsrecht ausüben will. In der alltäglichen klinischen Praxis lassen sich diese Normen nur schwierig umsetzen, namentlich dann, wenn die rechtlich eingesetzten Vertreter (inklusive Behörden) nur schwer zu erreichen sind.

Eine der Reaktionen darauf besteht in der Idee, das „Advanced Care Planning“ einzuführen. Ein Grundgedanke dieses Konzepts der rechtzeitigen Behandlungsplanung besteht darin, im Fall einer schwierigen Lebensende-Entscheidung bei einem urteilsunfähigen Sterbenden nicht mehr reaktiv nach einer womöglich vorhandenen Patientenverfügung zu suchen

oder eine eventuell ernannte Vertretungsperson ausfindig zu machen, sondern bereits proaktiv, das heißt recht- oder frühzeitig mit schwerkranken Patienten zu besprechen, was sie beispielsweise bei einer Notfallsituation für sich wünschen.²⁷

Offene Fragen bestehen auch hinsichtlich der Versorgung von pflegebedürftigen, multimorbiden Patientinnen und Patienten während ihrer letzten Lebensphase. Eine Herausforderung besteht hier aufgrund eines Mangels an Heimärzten in der Sicherung der ärztlichen Versorgung, eine andere in deren Finanzierung: Für Sterbende, palliativ versorgte oder schwer demente hochaltrige Patientinnen und Patienten besteht bislang keine spezielle Fallpauschale, welche es ermöglichen würde, eine entsprechende, oft personalintensive Behandlung kostendeckend im SwissDRG-System abrechnen zu können. Überdies fehlen psychiatrisch ausgerichtete geriatrische Kliniken, deren Struktur sich an den Bedürfnissen der erwähnten Patientengruppen orientieren würde.

Ein weiteres Thema, das jüngst im Zentrum der Suizidhilfe-Debatten stand, war die Diskussion und Etablierung der so genannten Freitodhilfe für Menschen in sehr hohem Alter. An der Jahresversammlung 2014 hat die Vereinigung „Exit Deutsche Schweiz“ in ihre Statuten aufgenommen, den so genannten „Altersfreitod“ in Zukunft stärker zu fördern.²⁸ Dieser hat zum Ziel, Menschen in besonders hohem Alter den Nachweis der Unerträglichkeit ihres Leidens zu ersparen. Die Debatte und die damit verbundenen Forderungen zeigen, dass sich die Suizidhilfe de facto nicht auf solche Sterbewillige beschränken lässt, die unerträglich leiden oder kurz vor ihrem Tod stehen, wie es in den medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW eigentlich gefordert wird. Ein Grund dafür dürfte darin liegen, dass es bei der Suizidhilfe im Kern um die Ausübung eines Freiheitsrechts geht, dessen Einschränkung einer besonders starken Begründung bedürfte, auch wenn dieses im Fall des „Altersfreitods“ der staatlichen Aufgabe des Lebensschutzes diametral entgegengesetzt ist.

Auf dieser Basis werden auch die erwähnten SAMW-Richtlinien seit einigen Jahren stark kritisiert. Im Vordergrund steht dabei die Kritik an den zu erfüllenden Kriterien, insbesondere der Bedingung, die Suizidhilfe sollte nur dann von einem Arzt geleistet werden, wenn das Lebensende des Sterbewilligen nahe sei. Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wis-

27 Vgl. Coors/Jox/in der Schmitten (Hg.), *Advanced Care Planning*.

28 Vgl. z.B. www.altersfreitod.ch [26.10.2015]; daneben www.exit.ch/news vom 24.5.2014 [26.10.2015].

schaften hat darum eine Studie durchführen lassen, um das Meinungsbild und die Erfahrungen der Ärzteschaft mit der Suizidhilfe besser einschätzen zu können.²⁹ Auf Basis der Studienresultate, die 2014 in einer Medienkonferenz unter dem Titel „Viele Ärzte halten Suizidhilfe für vertretbar, aber nur wenige beteiligen sich daran“ präsentiert wurden, hat die SAMW entschieden, die besagten Richtlinien neu zu überarbeiten. Eine entsprechende Subkommission wurde ernannt und hat ihre Arbeit bereits aufgenommen.³⁰

4 Ausblick

Angesichts sowohl der demographischen Entwicklung – dem Altwerden der geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit – als auch der Zunahme der Kosten für die gesundheitliche Versorgung und für die Pflege von Menschen in sehr hohem Alter ist zunächst zu erwarten, dass die Behandlungskosten für Patientinnen und Patienten am Lebensende in Zukunft stärker wahrgenommen und diskutiert werden, als dies heute der Fall ist.³¹ Die Debatten um eine angemessene Verteilung der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung dürften zudem durch die Engpässe verstärkt werden, welche aufgrund der Personalknappheit im Bereich der Ärzteschaft, insbesondere aber bei den Pflegenden zu erwarten sind. Erste Erfahrungen mit dem in der Schweiz relativ neuen Vergütungssystem gemäß Fallpauschalen (SwissDRG) zeigen, dass im Bereich der Akutversorgung hochaltriger Patienten im Vergleich zum vorhergehenden Vergütungsverfahren – Leistungsvergütung gemäß Aufenthaltstagen und Einzelleistungen – zwar Einsparungen im akutklinischen Bereich möglich sind, dass diese jedoch neu in anderen Bereichen anfallen, namentlich in der Versorgung in Pflegeheimen und bei Systemen der Übergangsversorgung wie beispielsweise der Spitex (einer spitalexternen Betreuung zu Hause). Pflegeheimkosten sind zu einem guten Teil privat aufzubringen, so dass die Einsparungen letztlich als Out of pocket-Leistungen zu bezahlen sind.³² Angesichts dieser hier nur angedeuteten Schwierigkeiten wird der Druck zunehmen, die Ver-

29 Vgl. Brauer/Bolliger/Strub, Swiss physicians' attitudes to assisted suicide.

30 Informationen dazu sind auf der Website der SAMW zu finden: www.samw.ch [26.10.2015].

31 Vgl. Duttge/Zimmermann-Acklin (Hg.), Gerecht sorgen.

32 Vgl. Zimmermann-Acklin, Gesundheitsversorgung.

sorgungskette in der letzten Lebensphase sehr alter Menschen als Ganze wahrzunehmen und zu überlegen, wie die Gesamtkosten für die Lebensende-Versorgung von Patientinnen und Patienten sinnvoll und gerecht verteilt werden können.

Je nach Verlauf dieser Verteilungsdiskurse könnte der heute bereits bestehende Druck auf sehr alte Menschen noch stärker werden und die Idee des Alterssuizids als einfachste „Lösung“ befördern.³³ Aus sozialetischer Sicht scheint klar, dass die bestehenden Aktivitäten von Suizidhilfe-Organisationen zur Förderung des Alterssuizids durch Maßnahmen der Suizidprävention im hohen Alter zu ergänzen sind.³⁴

Mit Blick auf die finanziellen Verteilungskämpfe und angesichts der Aufbauarbeit, die im Bereich der Palliative Care-Institutionen nach wie vor zu leisten ist, sind darüber hinaus auch Debatten der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase verstärkt zu erwarten. Soll die Palliative Care- und Hospizversorgung angemessen finanziert werden, bleibt zu entscheiden, in welchen anderen Bereichen Kürzungen vorgenommen werden sollen.

Hinsichtlich konkreter Lebensende-Entscheidungen im klinischen Alltag dürften im Zuge der Medikalisierung von Lebensende-Entscheidungen die Euthanasie, also die ärztliche Tötung auf Verlangen, als Alternative zur Suizidhilfe auch in der Schweiz verstärkt zum Thema werden, ebenso die Realität und Bedeutung der kontinuierlichen tiefen Sedierung. Sowohl Euthanasie als auch die kontinuierliche tiefe Sedierung am Lebensende lassen sich als Symptome einer zunehmenden Medikalisierung des Sterbens deuten. Zuständig für die Sicherung eines „gutes Sterbens“ ist in diesem Modell in erster Linie die Ärzteschaft, welche sich vermehrt über die eigene Rolle in der Begleitung von Patientinnen und Patienten am Lebensende zu verständigen haben wird. Im Zuge der durch Veränderung von Familienstrukturen, Globalisierungsphänomene und neue Techniken wie dem Internet beförderte „Abschaffung typischer Kindheitsmuster“ dürfte darüber hinaus auch die stärkere Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Lebensende-Entscheidungen zum Thema werden, wie sie in Belgien und den Niederlanden bereits heute bekannt sind.³⁵ Zuletzt wäre es ebenfalls nicht überraschend, wenn auch die schwierigen Lebensende-Ent-

33 Vgl. Raijmakers/van der Heide/Kouwenhoven et al., Assistance in dying; daneben aus ethischer Sicht: Meireis (Hg.), Altern in Würde.

34 Vgl. Zimmermann-Acklin, Menschenwürdig sterben?

35 Vgl. Dan/Fonteyne/de Cléty, Self-requested euthanasia for children.

scheidungen im Bereich der Neonatologie offener als heute diskutiert würden, da auch dieser Bereich enttabuisiert und sowohl Mitleid („Compassion“) als auch Aspekte der Lebensqualität neben der Selbstbestimmung zusehends diskutiert werden dürften. Auch in diesem Bereich bestehen bereits gegenwärtig ein professioneller Diskurs und entsprechende Praktiken in den Niederlanden.³⁶

Nicht zuletzt könnten auch existenzielle Aspekte und Sinnfragen von Menschen am Lebensende sowie ihrer Angehörigen in naher Zukunft wichtiger werden. Gründe dafür dürften einerseits in der zunehmenden durchschnittlichen Lebenserwartung und der damit verbundenen Entstehung einer neuen Lebensphase (einer vierten Generation) bestehen, deren Selbstverständnis und Aufgaben gesellschaftlich noch weitgehend unbestimmt sind, andererseits werden auch die zunehmende Entkirchlichung und die gleichzeitige Entstehung neuer religiöser Orientierungsmuster („Spiritualitäten“) zur Verstärkung dieser Phänomene beitragen.³⁷

Insgesamt wäre es wenig überraschend, wenn insgesamt die Verantwortung des und der Einzelnen für die Planung und Kontrolle des eigenen Sterbens zunehmen würde.³⁸ Vergleichbar mit anderen gesellschaftlichen Bereichen dürfte diese Aufgabe von einem Teil der Bevölkerung eher als Chance, von einem anderen Teil tendenziell als Überforderung empfunden werden, wobei aufgrund unterschiedlicher individueller wirtschaftlicher Möglichkeiten mit starken Segregationerscheinungen zu rechnen ist.

Literatur

Bioethik-Kommission der Schweizer Bischofskonferenz: Stellungnahme Organisierte Beihilfe zum Suizid, Manuskript 2010, in: <http://www.kommission-bioethik.bischofe.ch/unsere-dokumente/stellungnahmen/vernehmlassung-zur-aenderung-des-strafgesetzbuches-und-des-militaerstrafrechtes-betreffend-die-organisierte-suizidhilfe> [26.10.2015].

Borasio, Gian-Domenico/Jox, Ralf J./Taupitz, Jochen/Wiesing, Urban: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Stuttgart: Kohlhammer 2014.

36 Vgl. Verhagen/Sauer, The Groningen Protocol; ten Cate/van de Vathorst/Onwuteaka-Philipsen et al., End-of-life decisions for children.

37 Vgl. Weiher, Das Geheimnis.

38 Vgl. Schneider, Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne.

- Brauer, Susanne/Bolliger, Christian/Strub, Jean-Daniel: Swiss physicians' attitudes to assisted suicide, in: *Swiss Medical Weekly* 145 (2015) w14142 (online first).
- Bundesamt für Gesundheit BAG/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK/palliative.ch: *Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der „Nationalen Strategie Palliative Care“*, Bern 2014.
- Bundesamt für Gesundheit/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (Hg.): *Nationale Leitlinien Palliative Care*, Bern 2010.
- Bundesamt für Statistik: *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*, Neuenburg 2012.
- Caritas Schweiz: *Begleitung in der letzten Lebensphase. Caritas-Standards für Freiwilligengruppen in der Palliative Care*, Luzern: Caritas Verlag 2010.
- Centeno, Carlos/Lynch, Thomas/Donea, Oana/Rocafort, Javier/Clark, David: *EAPC. Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition*, Milan: EAPC-Press 2013.
- Chambaere, Kenneth/Bernheim, Jan L.: Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care? The Belgian and Benelux experience, in: *Journal of Medical Ethics* 41 (2015) 657–660.
- Chambaere, Kenneth/Vander Stichele, Robert/Mortier, Freddy/Cohen, Joachim/Deliens, Luc: Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium, in: *New England Journal of Medicine* 372 (2015) 1179–1181.
- Coors, Michael/Jox, Ralf J./in der Schmitt, Jürgen (Hg.): *Advanced Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, Stuttgart: Kohlhammer 2015.
- Dan, Bernard/Fonteyne, Christine/de Cléty, Stéphan Clément: Self-requested euthanasia for children in Belgium, in: *Lancet* 383 (2014) 671–672.
- Duttge, Gunnar/Zimmermann-Acklin, Markus (Hg.): *Gerecht sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*, Göttingen: Universitätsverlag 2013.
- Esping-Andersen, Gøsta: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge/Oxford: Polit-Press 1990.
- Fischer, Susanne/Huber, Carola A./Imhof, Lorenz/Mahrer Imhof, Romy/Furter, Matthias/Ziegler, Stephen J./Bosshard, Georg: Suicide Assisted by Two Swiss Right-to-die Organisations, in: *Journal of Medical Ethics* 34 (2008) 810–814.
- Fischer, Susanne/Huber, Carola A./Furter, Matthias/Imhof, Lorenz/Mahrer Imhof, Romy/Schwarzenegger, Christian/Ziegler, Stephen J./Bosshard, Georg: Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians, in: *Swiss Medical Weekly* 139 (2009) 333–338.
- Gauthier, Saskia/Mausbach, Julian/Reisch, Thomas/Bartsch, Christine: Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon, in: *Journal of Medical Ethics* 41 (2015) 611–617.
- Hürlimann, Daniel: Kommentar zum jüngsten Suizidhilfe-Entscheid des Europäischen Gerichtshofs, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 94/31-32 (2013) 1173–1175.

- Hurst, Samia A./Mathwig, Frank: Suizidhilfe in der Schweiz – zur Kontroverse um eine angemessene ärztliche Rolle. Mit einem Editorial von Christian Kind, Folia Bioethica, Basel: SGBE 2013.
- Hurst, Samia A./Mauron, Alex: The Ethics of Palliative Care and Euthanasia: Exploring Common Values, in: Palliative Care 20 (2006) 107–112.
- Hurst, Samia A./Slowther, Anne-Marie/Forde, Reidun/Pegoraro, Renzo/Reiter-Theil, Stella/Perrier, Arnaud/Garrett-Mayer Elizabeth/Danis, Marion: Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe, in: Journal of General Internal Medicine 21 (2006) 1138–1143.
- Lessenich, Stephan: Theorien des Sozialstaats zur Einführung, Hamburg: Junius 2012.
- Meireis, Torsten (Hg.): Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter, Zürich: TVZ 2013.
- Raijmakers, Natasja J. H./van der Heide, Agnes/Kouwenhoven, Pauline S. C./van Thiel, Ghislaine J. M. W./van Delden, Johannes J. M./Rietjens, Judith A. C.: Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die. A national cross-sectional survey, in: Journal of Medical Ethics 41 (2015) 145–150.
- Rietjens, Judith A. C./Voorhees, Jennifer R./van der Heide, Agnes/Drickamer, Margaret A.: Approaches to suffering at the end of life. The use of sedation in the USA and Netherlands, in: Journal of Medical Ethics 40 (2014) 235–240.
- Schneider, Werner: Wandel und Kontinuität von Sterben und Tod in der Moderne. Zur gesellschaftlichen Ordnung des Lebensendes, in: Ingo Bauernfeind/Gabriela Mendl/Kerstin Schill (Hg.): Über das Sterben. Entscheiden und Handeln am Ende des Lebens, München: Zuckschwerdt 2005, 30–54.
- Schweizerischer Bundesrat: Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bern 2011.
- Sterckx, Sigrid/Raus, Kaspar/Mortier, Freddy (Hg.): Continuous Sedation at the End of Life. Ethical, Clinical and Legal Perspectives, Cambridge: Cambridge University Press 2013.
- Taboada, Paulina (Hg.): Sedation at the End-of-Life. An Interdisciplinary Approach, Dordrecht: Springer 2015.
- ten Cate, Katja/van de Vathorst, Suzanne/Onwuteaka-Philipsen, Bregje D./van der Heide, Agnes: End-of-life decisions for children under 1 year of age in the Netherlands. Decreased frequency of administration of drugs to deliberately hasten death, in: Journal of Medical Ethics 41 (2015) 795–798.
- van der Heide, Agnes/Deliens, Luc/Faisst, Karin/Nilstun, Tore/Norup, Michael/Paci, Eugenio/van der Wal, Gerrit/van der Maas, Paul J.: End-of-life decision-making in six European countries. Descriptive study, in: Lancet 362 (2003) 345–350.
- Venet, Petra: Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Zürich/Basel/Genf: Schulthess 2008.
- Verhagen, Eduard/Sauer, Pieter J. J.: The Groningen Protocol. Euthanasia in Severely Ill Newborns, in: New England Journal of Medicine 352 (2005) 959–962.
- Weier, Erhard: Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende, Stuttgart: Kohlhammer 2008.

Zimmermann-Acklin, Markus: Gesundheitsversorgung von Menschen im vierten Lebensalter in der Schweiz. Herausforderungen und Perspektiven, in: Meireis, Torsten (Hg.): Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter, Zürich: TVZ 2013, 153–167.

Zimmermann-Acklin, Markus: Menschenwürdig sterben? Ethische Überlegungen zum Alterssuizid und zur Suizidprävention, in: Caritas Sozialalmanach 2011. Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage der Schweiz, Schwerpunkt: Das vierte Alter, Luzern: Caritas-Verlag 2011, 195–207.